



De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ?

Benoît Eyraud, Livia Velpry

► To cite this version:

Benoît Eyraud, Livia Velpry. De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ?. *Revue française d'administration publique*, 2014, 149, pp.207-222. 10.3917/rfap.149.0207 . halshs-01063145

HAL Id: halshs-01063145

<https://shs.hal.science/halshs-01063145>

Submitted on 1 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ?

Benoît Eyraud, Maître de conférences à l'Université Lyon 2, chercheur associé à l'IMM/EHESS

Livia Velpry, Maître de conférences à l'université Paris 8, chercheuse au Cermes3 (CNRS/INSERM/ParisDescartes)

Résumé :

Les débats sur les pratiques psychiatriques se réfèrent souvent au terme d'institution, dont l'hôpital est emblématique. Caractérisée par la politique de sectorisation, la réforme de la psychiatrie en France ne relève a priori pas d'une « désinstitutionnalisation », terme largement utilisé dans les pays anglo-saxons pour décrire la politique de fermeture des asiles psychiatriques. Cet article fournit pourtant des éléments suggérant une désinstitutionnalisation de la pratique psychiatrique. A partir de l'exemple de l'hôpital du Vinatier, il montre que les transformations de l'organisation du soin psychiatrique ont été régulées par un double processus de réduction du mandat psychiatrique et de rapprochement avec les politiques de santé.

Introduction

Les débats autour des pratiques psychiatriques font souvent référence au terme d'institution. Le terme évoque les règles juridiques spécifiques qui encadrent depuis le 19^{ème} siècle aussi bien l'organisation hospitalière que les critères d'entrée et de sortie des établissements. Il désigne l'articulation de trois éléments, un espace singulier, des normes qui le régissent, et des critères d'admission, qui caractérisent selon Lourau une institution (1970), L'hôpital psychiatrique est même devenu pendant un temps l'emblème des « institutions totales/totalitaires »¹, dans le sens où le degré de spécificité et d'emprise de cette institution sur ses membres serait particulièrement élevé (Goffman, 1968). En écho à cette caractérisation, le terme de désinstitutionnalisation s'est diffusé, d'abord dans les pays anglo-saxons, pour décrire le mouvement de réforme de l'organisation de la psychiatrie et notamment la politique de fermeture des asiles psychiatriques (Busfields, 1986 ; Prior, 1993). En France, la réforme de l'organisation de la psychiatrie a pris généralement le nom de sectorisation, en référence d'abord aux circulaires administratives qui promeuvent de nouvelles pratiques, mais aussi aux expériences pionnières qui ont insufflé cette nouvelle organisation du soin, et plus largement au mandat nouveau que les psychiatres entendent donner à leur pratique (Henckes, 2007). La caractérisation de la réforme de la psychiatrie par la politique de sectorisation conduit à première vue à considérer que le terme de désinstitutionnalisation n'est pas opérant pour le cas français. Le secteur se présente en effet comme un programme fort, visant dans une certaine mesure à retrouver « la promesse » fondatrice de la psychiatrie, celle de la possibilité de traiter de manière thérapeutique les personnes confrontées à la maladie mentale (Gauchet et Swain, 1980 et 1994).

L'hypothèse d'un affaiblissement, voire d'une disparition de l'institution psychiatrique n'est pourtant pas si facilement rejetable. La réforme de l'organisation du système de soin en santé mentale, à partir de la politique de sectorisation puis sous l'effet des transformations suscitées

¹ Au moment de la parution de l'édition française, en 1968, la référence à cette notion utilisée pour décrire l'asile par Goffman jouait sur l'ambiguïté de traduction de l'adjectif « total » et visait à insister davantage sur sa charge critique qu'aux analyses nuancées de l'auteur (Amourous et Blanc, 2002)

par les politiques de santé, semble avoir conduit à un relâchement du lien existant entre les pratiques mises en œuvre dans les établissements, la définition des publics soumis à ces pratiques, et les discours permettant de les justifier ou entendant les réformer.

Cet article vise à discuter de la pertinence de l'hypothèse « d'une désinstitutionnalisation à la française » de la pratique psychiatrique. Il propose d'étudier quelques traits saillants de la réforme de la psychiatrie, depuis la seconde guerre mondiale jusqu'au début des années 2000, à travers le cas d'un établissement emblématique des évolutions de la psychiatrie française : l'hôpital du Vinatier. Il décrit dans un premier temps le mouvement de réforme qui s'est appuyé sur la critique de l'asile pour promouvoir un redéploiement de l'institution psychiatrique autour de la promesse du « secteur ». Il analyse dans un second temps les impensés administratifs et juridiques de ce mouvement de réforme. Notre analyse s'appuie sur l'examen des rapports administratifs et médicaux² de l'hôpital du Vinatier, ainsi que sur celui des textes législatifs et administratifs nationaux produits pendant la période.

1. La réforme de l'institution : de la critique de l'asile à la sectorisation

En France, l'activité psychiatrique s'est développée à partir de la loi de 1838, qui donne aux asiles d'aliénés un mandat spécifique. Ce mandat articule les différentes dimensions nécessaires à la caractérisation d'une institution. La loi régit des espaces particuliers que sont les asiles ; elle définit l'aliénation comme critère d'admission et appuie sa légitimité sur le traitement moral, qui se présente comme une technique thérapeutique globale (Quétel, 2009 ; Castel, 1976). Cette technique thérapeutique justifie l'organisation de l'ensemble de la prise en charge des personnes malades à travers des règles qui touchent à la justification de l'internement, à la gestion des biens des malades, ainsi qu'à la gestion de la vie collective et à l'organisation du temps des personnes hébergées. L'encadrement du travail, des loisirs mais également de tous les actes quotidiens est ainsi justifié par un traitement moral qui entend transformer la personne dans sa globalité.

Dès les premières années de sa mise en œuvre, cette loi fait l'objet de critique et de nombreux projets de réforme se succèdent sans qu'aucune nouvelle loi ne voie le jour (Henckes, 2007). Il faut attendre les lendemains de la seconde guerre mondiale pour que, sous la pression de critiques redoublées, des transformations de l'hôpital psychiatrique voient le jour avec la recherche d'un nouveau modèle à travers le secteur.

1.1 Les critiques de l'institution psychiatrique « totale »

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, une conjonction de facteurs favorise le développement d'une dynamique réformatrice (Henckes, 2007) : la prise de conscience par les psychiatres marqués par les années de guerre des conditions dégradantes et inacceptables de la vie asilaire (Von Bueltzinsgloewen, 2007), les découvertes pharmacologiques (Missa, 2006),

² Ces rapports sont une prescription du règlement des asiles de 1857 qui prévoit que le médecin chef des services médicaux doit « rédiger un compte général et détaillé et un relevé statistique du service médical pendant l'année précédente », ces documents devant être joints au « compte moral et administratif » qui doit être rédigé par le directeur et remis au préfet après avis de la commission de surveillance. Rédigés par le directeur de l'hôpital et par les médecins-chefs de service, psychiatres en charge des unités d'hospitalisation, puis des secteurs de psychiatrie, ces rapports permettent d'avoir accès aux évolutions de l'organisation de l'hôpital, aux données statistiques produites par l'administration pour rendre compte de l'activité hospitalière et du statut des patients, ainsi qu'aux commentaires, justifications et critiques de l'organisation des soins, déployés par ces psychiatres dans leur dialogue avec l'administration de l'établissement et plus largement avec sa tutelle étatique.

la mise en place de la sécurité sociale³ (Palier, 2005)....

A l'hôpital du Vinatier, comme la plupart des hôpitaux français, ce mouvement se déploie dans deux directions. La première est une transformation des établissements hospitaliers, impulsée par la psychothérapie institutionnelle (Ayme, 2005). Il s'agit d'améliorer les conditions de vie à l'hôpital pour qu'elles deviennent réellement thérapeutiques. La psychothérapie institutionnelle connaît un grand succès avec l'introduction de l'ergothérapie, la mise en place de groupe de parole, la multiplication des activités de loisirs. La seconde diversifie les modes d'intervention : création et succès « des services ouverts », non soumis aux régimes de placement de la loi de 1838, qui accueillent des patients hospitalisés librement mais également effort de développer des dispensaires en dehors des hôpitaux, dont la traduction administrative sera la circulaire sur la sectorisation ; la création de services ouverts et l'ouverture de services fermés favorise une augmentation des entrées et des sorties de l'établissement⁴.

Ces dynamiques réformatrices ne font cependant pas taire les critiques de l'institution, qui prennent un nouvel essor à la fin des années 60. Ce renouveau critique s'explique par plusieurs raisons. D'une part, les espoirs placés dans une nouvelle organisation de la vie asilaire sont frustrés par le niveau d'encombrement des hôpitaux qui atteint un niveau sans précédent en 1968⁵. La prise en charge des malades présents à l'hôpital est encore principalement régulée par les règles spécifiques de la loi de 1838 : à l'hôpital du Vinatier, le nombre d'hospitalisés d'office ou volontaires, admis sous un régime contraint à l'hôpital, est par exemple quatre fois plus élevé que le nombre de malades présents en services ouverts, les admissions libres se montant alors à plus de 30% des admissions totales. La vie collective est centrale. L'hébergement est organisé sous forme de dortoirs, les tâches domestiques sont assurées principalement par les malades, et les infirmiers passant beaucoup de temps avec eux.

D'autre part, la critique de l'asile connaît des succès éditoriaux importants, initiés aux Etats-Unis par l'ouvrage d'Erving Goffman (1968), en France par l'ouvrage de Michel Foucault (Foucault, 1972), en Angleterre par la popularité des ouvrages de Laing et Cooper. En 1968 est publié l'ouvrage collectif, *L'institution en négation*, dans lequel Basaglia dénonce notamment les « violences, oppressions et abus » de l'institution (1970, p.8).

Les déceptions vis-à-vis des réformes de la vie asilaire et la popularisation de la critique de l'institution favorisent le succès du mouvement de mai 1968, dont l'écho est très important

³ La reconnaissance de la maladie mentale comme affection de longue durée est faite par le décret du 27 juin 1955.

⁴ L'ouverture de services ouverts permettant des hospitalisations ne relevant pas de la loi de 1838 est un élément central. Jusque là, les hospitalisations ne pouvaient se faire que sous la forme du placement « volontaire », c'est-à-dire à la demande de la famille, ou du placement « d'office » sur demande d'un représentant de l'Etat, le placement "volontaire". Dans le département du Rhône, les premiers services ouverts sont créés à la fin de la guerre à l'hôpital du Vinatier, puis se développent au cours des années 60. Il faudra attendre la réforme du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » pour que ce mode de placement, nommé alors « hospitalisation libre », soit prévu par la loi. Pour une analyse des régulations de l'hospitalisation en psychiatrie, cf. Eyraud, Moreau, 2013.

⁵ A l'hôpital du Vinatier, comme d'ailleurs au niveau national, le nombre d'admis augmente considérablement et le nombre de personnes présentes un jour donné dans un établissement psychiatrique atteint son maximum en 1968. Cela traduit autant l'importance du niveau d'encombrement au sein de l'hôpital qu'une capacité maximum de lits très élevés.

dans de nombreux hôpitaux psychiatriques. A l'hôpital du Vinatier, de multiples groupes de paroles se constituent au cours desquels les membres du personnel formulent des critiques fortes de l'asile comme instrument de contrôle social. Les formes de travail existant à l'intérieur de l'hôpital, et notamment l'ergothérapie sont dénoncées, les hiérarchies entre les différents groupes sociaux présents à l'hôpital, médecins, infirmiers, malades sont également contestées. Plus largement, le reproche ancien fait à l'asile de participer à la chronicisation et à la stigmatisation des malades est réactualisé (Hof, 1971).

Ainsi, jusqu'à la fin des années 60, le mouvement de réforme n'a pas véritablement transformé le mandat confié à l'hôpital psychiatrique qui continue à prendre en charge de manière globale la personne, cette prise en charge se caractérisant par la possibilité d'intervenir sur toutes les dimensions de la vie des patients (vie affective, habillement, alimentation, dépenses, horaires quotidiennes) via l'organisation de la vie collective à l'hôpital. Le recours à des instruments de contrainte reste un trait distinctif de l'hôpital. Au regard du renouvellement des critiques fortes de l'asile, les attentes quand aux changements institutionnels sont particulièrement importantes.

1.2 La « promesse » du secteur

A la fin des années 1960, « la promesse » (Henckes, 2011) de changement réside dans la mise en place de la politique de sectorisation, afin de transformer l'institution psychiatrique. Celle-ci ne se limite plus à l'espace de l'établissement mais s'étend à des secteurs territoriaux ; elle élargit le champ de son activité à l'ensemble des maladies mentales ; elle légitime ces changements par une ambition thérapeutique qui ne s'attache pas seulement à transformer la personne malade mais aussi son milieu de vie et son environnement. La politique de sectorisation a été définie initialement de manière administrative par la circulaire du 15 mars 1960 : « le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. » Il est indispensable, pour cela, de donner une place moins importante à l'hôpital et de développer l'activité de soin « dans la communauté. »

Trois axes structurent cette vision : le souci de déployer la thérapeutique psychiatrique dans le milieu ordinaire des malades ; celui d'intervenir non seulement sur la personne du malade mais aussi sur son environnement et sur les membres qui le composent ; enfin la volonté de limiter le rôle de l'hôpital à des temps limités pour gérer des temps de crise.

Les interventions dans le milieu ordinaire des malades

Au niveau expérimental, les interventions ne relèvent pas seulement de consultations mais doivent permettre d'intervenir au domicile du malade et auprès des personnes avec qui ils habitent, le plus souvent sa famille. Dans l'expérience du 13^{ème} arrondissement⁶ comme à « Santé Mentale et Communauté »⁷ (SMC) dans la région lyonnaise, des hospitalisations à

⁶ Cette expérience pionnière a fait l'objet de nombreux travaux. Pour une mise en perspective, voir Henckes (2005)

⁷ Créée en 1968 par plusieurs jeunes psychiatres du service CHU lié à l'hôpital du Vinatier, animés par un désir de changement et armés de ce que l'un d'eux nomme un « cocktail idéologique », fait de militantisme anticolonialiste, de psychothérapie institutionnelle et de dynamisme de groupe, et par la psychanalyse, SMC symbolise la nouvelle dynamique souhaitée par les psychiatres réformateurs. En plus de leur activité intra-hospitalière, ces derniers souhaitent étendre le mandat psychiatrique en organisant une pratique extra-hospitalière qui ne se limite pas aux consultations d'hygiène mentale assurées dans les dispensaires. Les statuts de l'association, qui reprennent pour partie les désignations officielles, lui donnent notamment comme objectif de « participer à la mise sur pied et à la gestion d'institutions extra-hospitalières de soin, de dépistage, de post-cure et de prévention ».

domicile sont mises en place. Des infirmières sont recrutées par ces associations qui ne sont pas soumises au droit hospitalier.

La généralisation de ces pratiques est rendue possible par les conventions signées entre les hôpitaux et les conseils généraux suite à la circulaire du 14 mars 1972 « relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme, et les toxicomanies ». Les hôpitaux et les départements, en charge de la politique extrahospitalière de santé mentale, fixent par convention les modalités techniques et financières d'intervention qui sont prévus en extra-hospitalier. Ainsi, la convention entre le département du Rhône et l'hôpital du Vinatier prévoit que des infirmiers de l'hôpital psychiatrique interviendront à l'extérieur grâce au financement par les services d'hygiène mentale de la DDASS de leur salaire, mais aussi de leur frais de déplacement ou de leur assurance.

L'intervention auprès de « l'environnement » des malades

Le souci d'intervenir auprès de l'environnement du malade se traduit concrètement par la mise en avant du travail partenarial dans l'intervention psychiatrique. Dans les expérimentations, comme à Santé Mentale et Communauté, cette collaboration est organisée à différents niveaux. A l'échelle la plus officielle, elle se traduit par la participation de différentes institutions au sein du conseil d'administration de l'association (municipalités, services sociaux, les organismes payeurs). Au niveau professionnel, des groupes, d'inspiration Balint⁸, sont développés afin de permettre des rencontres entre les intervenants sociaux travaillant sur le même quartier. A un niveau plus informel, les équipes cherchent à intervenir auprès des proches, familles, voisins, ou encore collègues (Hochman, Galle-Tessoneau, Guyotat, 1969).

Les circulaires administratives entendent également promouvoir le réseau. Les circulaires du 12 décembre 1972 et du 9 mai 1974 font du partenariat le « véritable creuset de la sectorisation » et prévoient comme outil administratif la création de conseils de santé mentale garantissant « les liaisons avec les médecins traitants, les travailleurs sociaux ect... » Ce type d'instance ne sera cependant pas mis en place. En revanche, de nouveaux acteurs apparaissent, entrant parfois directement en concurrence avec le secteur psychiatrique, acteurs liés aux politiques mises en œuvre en faveur des personnes handicapées à partir de la loi de 75, aux nouveaux dispositifs de protection des biens issus de la réforme de 1968, qui se développent à l'extérieur du secteur, ou encore liés aux politiques d'emploi et d'insertion.

Les alternatives à l'hospitalisation et la gestion des crises

La difficulté la plus importante est de répondre aux situations d'urgence. Sur ce point, la doctrine du « secteur » n'est pas évidente à saisir, oscillant entre deux orientations. D'un côté, le secteur doit permettre d'éviter au maximum les hospitalisations. La crise doit être gérée dans d'autres structures hospitalières. Des centres de crise sont par exemple développés dans les initiatives expérimentales du 13^{ème} arrondissement ou de Santé Mentale et Communauté.

D'un autre côté, le secteur défend aussi une continuité de la pratique psychiatrique entre l'intra et l'extra-hospitalier, continuité qui trouve sa plus forte cohérence dans le fait que l'hôpital correspond au temps de la crise, alors que les services extra-hospitaliers permettent de prévenir ou de réinsérer à la sortie de l'hospitalisation (Velpry, 2008). Cette orientation est

⁸ Les groupes « Balint », du nom de leur promoteur, visaient à aider les médecins à acquérir des qualités psychothérapeutiques. Les groupes étaient composés d'une dizaine de médecins et étaient animés par un psychanalyste. Créé à Londres au lendemain de la seconde guerre mondiale, ils sont apparus en France dans les années 60.

naturellement soutenue par les établissements hospitaliers qui entendent ainsi conserver la dynamique thérapeutique présente dans la gestion des crises. Ainsi, à l'hôpital du Vinatier, un service d'urgence spécifique est créé au motif que l'hôpital ne doit pas être un lieu uniquement pour les patients « chroniques ».

1.3 Une promesse difficile à instituer

De fait, à partir du début des années 1970, la transformation des hôpitaux psychiatriques s'accélère et se traduit d'abord par une baisse considérable du nombre de lits. Au niveau national, le changement se dessine entre 1965 et 1985, soit sur 20 ans. En 1965, ce sont près de 115 000 malades qui sont hospitalisés à temps complet, c'est-à-dire plus de 233 malades pour 100 000 habitants, ils ne seront plus que 78 900 en 1986, soit 143 pour 100 000 habitants en 1986 (Kovess, 1993). Le nombre de personnes présentes depuis moins d'un an a légèrement augmenté (de 33 136 en 1968 à 34 836 en 1978), mais celle des personnes présentes depuis plus de 5 ans a très fortement baissé (Chapireau, 2004).

A l'hôpital du Vinatier, la transformation est accélérée⁹. Le nombre de malades présents, qui atteint son maximum en 1968, diminue de plus de 25% en moins de 10 ans. Le régime d'hospitalisation change alors très rapidement. En 1975, le nombre de malades présents librement est devenu supérieur au nombre de malades hospitalisés sous le régime de la loi de 1838. La durée moyenne d'hospitalisation a très brutalement baissé, passant de 170 à 103 journées, conformément aux chiffres nationaux qui passent d'une moyenne de 9 mois et demi en 1965 à 5 mois en 1975 et 2 mois et demi en 1986.

La mise en place a minima du secteur

Alors que ces transformations internes aux établissements hospitaliers est massive, le redéploiement de l'activité par la politique de sectorisation est assez limitée, le volume d'intervention en extra-hospitalier restant le plus souvent faible. L'exemple du département du Rhône est là encore éloquent. Suite à la circulaire de 1972, la convention entre la DDASS et de département prévoit de réserver un temps infirmier de 40 heures par secteur de 70 000 habitants, c'est-à-dire un équivalent temps-plein. Ce faible volume de temps infirmier s'explique en partie par les difficultés pour « normer » la pratique extra-hospitalière au début des années 70. La circulaire du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique indique qu'il faut « abandonner toute référence aux normes anciennes », la densité du personnel médical et paramédical devant se référer à « la file active », une première évocation d'un temps infirmier pour 10 000 habitants étant alors proposé.

Elle précise le fait que de nouvelles normes sont en cours d'étude et évoque le chiffre « d'un temps infirmier par 10 000 habitants pour le travail extrahospitalier ». Les pratiques locales demeurent cependant inférieures à ces normes. Ainsi, les secteurs de l'hôpital du Vinatier comprennent au début des années 70 entre 60 000 et 200 000 habitants et devraient donc se composer de 6 à 20 infirmiers de secteur. Le financement d'un équivalent temps plein prévu par la DASS en 1972 est loin du compte. Aucune modification majeure ne viendra transformer le niveau de ressources mis au service de l'activité extra-hospitalière. Les financements dévolus à l'extra-hospitalier demeurent plus de dix fois inférieurs à ceux dont bénéficie l'hôpital, cet écart n'ayant pas été réduit avant la fusion des budgets intra et extra hospitaliers. Alors que la proportion de temps de travail d'infirmier et de médecin peut être estimé de 1 à 80 dans un service intra-hospitalier (un médecin pour 80 infirmiers), il n'est que

⁹ En partie en raison de l'importance des critiques et des expériences pionnières qui y ont été développés, mais aussi en raison de logiques administratives.

de un à deux ou trois dans l'activité de secteur.

Certes, la file active¹⁰ liée à la sectorisation augmente de manière conséquente, au niveau local comme au niveau national. Mais cette augmentation est liée presque exclusivement au développement des consultations. En 1986, chaque secteur suit par exemple en moyenne près de 600 personnes par consultation alors que seuls 96 patients sont hospitalisés un jour donné et que moins de 200 patients font l'objet de visites à domicile.

Alors que l'esprit du secteur était d'intervenir sur le malade et sur son entourage dans une continuité de la prise en charge, sa mise en œuvre est plus modeste, et se rapproche d'une vision plus ordinaire du soin visant à répondre de manière circonstanciée à un symptôme, dans une relation duelle avec le malade.

La faiblesse institutionnelle de la sectorisation : les limites d'une réforme par circulaire

Ce constat est souvent expliqué par le soutien politique alors insuffisant (Georges et Tourne, 1994). Plus encore que les faibles moyens financiers alloués à cette réforme, c'est l'absence de prise en compte des implications juridiques et législatives de la politique de sectorisation qui est marquante. De fait, le cadre juridique spécifique de la psychiatrie, organisée par la loi de 1838, n'est pas modifiée par les circulaires organisant la sectorisation. En 1968 pourtant, cette loi plus que centenaire fait l'objet d'une réforme. Mais on va voir que celle-ci n'est pas directement pensée en lien avec la politique de sectorisation, les dispositions concernant la protection des personnes n'étant pas modifiée.

Survenant au milieu des années 80, les lois régulant la politique de sectorisation seront surtout administratives et ne changeront pas la forme *a minima* prise par le secteur. Ne retenant pas l'idée proposée notamment par le rapport Demay, commandée par le ministère de la santé, de créer un échelon administratif spécifique, les établissements publics de secteur, les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985, relative à la sectorisation psychiatrique, donneront en effet à l'administration hospitalière le pouvoir de gérer l'activité extrahospitalière de secteur. Ces lois ne prévoient pas d'étendre les dispositions spécifiques de la loi de 1838 relatives à l'hospitalisation (placements volontaire ou d'office) en dehors de l'hôpital¹¹. Le rattachement fonctionnel du secteur à l'hôpital se fait de manière minimaliste et manifeste la difficulté à définir l'articulation entre hospitalisation et soins ambulatoires dans l'organisation sectorielle du soin.

La réorganisation de l'activité psychiatrique par le secteur ne semble pas avoir été suivie par un redéploiement des moyens financiers. Plus encore, le flou juridique concernant le secteur, qui désigne soit l'articulation de l'intervention hospitalière et extra-hospitalière de la psychiatrie, soit uniquement cette activité hors les murs, explique la difficulté du secteur à réformer l'institution psychiatrique (Rhenter, 2004). Si la politique de sectorisation entendait changer l'espace d'intervention des médecins psychiatres, le public concerné par leur intervention, l'absence d'inscription de ces changements dans un cadre juridique instituant n'a

¹⁰ La file active désigne l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un soignant. Elle est introduite comme outil de statistique administrative par la circulaire du 9 mai 1974.

¹¹ Les dispositions de la loi de 1838 seront révisées par celle du 27 juin 1990. Ce n'est que dans les années 2000 qu'une réflexion sur le mandat spécifique de la psychiatrie en ambulatoire sera menée qui conduira à la loi du 5 juillet 2011 qui introduit l'idée de soin sous contrainte.

pas permis que celle-ci transforme l'institution psychiatrique. Plus, la rapidité des évolutions intra-hospitalières et la faiblesse du redéploiement extra-hospitalier semblent avoir brisé l'unité entre un espace d'intervention, un public cible, et des modalités de légitimation singulières, conduisant à faire l'hypothèse que c'est la dimension institutionnelle de la psychiatrie qui a été perdue dans la dynamique de réforme des années 1960 et 1970.

2. Les ambiguïtés de la déspecification de la psychiatrie

Pour soutenir cette hypothèse, nous défendons l'argument que les transformations très importantes qu'ont connues les établissements psychiatriques ne sont pas tant liées à la mise en œuvre de la politique de sectorisation, mais à différentes évolutions législatives qui organisent une prise en charge extra-psychiatrique des malades, et scindent l'unité juridique et organisationnelle de la prise en charge des malades qui existait avec la loi de 1838, puis aux nouvelles orientations plus gestionnaires des politiques de santé à partir du milieu des années 1970.

2.1. Le délitement discret de la loi de 1838 : une réduction du mandat de la psychiatrie

Justifiée par une conception globale de l'aliénation et de sa thérapeutique, la loi de 1838 donnait un mandat général aux psychiatres, s'étendant non seulement sur des actes médicaux mais également sur le travail, les sources de revenus, ou la gestion des biens des malades, ces dimensions matérielles et sociales de la prise en charge étant justifiée par une finalité thérapeutique (Montes, 1993). Entre 1968 et 1975, différentes lois viennent défaire l'unité juridique de la prise en charge des malades organisée par la loi de 1838 et contribuent à redéfinir les contours de la pratique psychiatrique.

L'organisation extra-sectorielle de la protection des biens

La loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs vise explicitement à réformer la loi du 30 juin 1838. Elle scinde la prise en charge globale des malades internés dans les hôpitaux psychiatriques en dissociant la protection des « biens » et de la « personne » des malades (Eyraud et Henckes, 2013). En instaurant des mesures de protection des biens de la personne dissociées de l'internement, elle participe à l'organisation de la vie des patients hors de l'hôpital. Au lendemain de la réforme, la communauté psychiatrique demeure associée à ces mesures de protection des biens. Dans le Rhône par exemple, la première association se constituant comme personne morale pour assurer la protection des « majeurs protégés » sollicite des médecins psychiatres de l'hôpital du Vinatier lors de sa création en 1968. Mais cela ne donnera suite à aucune collaboration et le service se développera par le recrutement de personnels issus de l'action sociale. Au niveau national, le développement des associations tutélaires, qui mettront en œuvre les mesures de plus en plus demandées par les psychiatres pour des personnes suivies hors de l'hôpital, se fera par des acteurs issus du champ du handicap et n'auront que peu de liens avec les professionnels du secteur psychiatrique. L'idée, évoquée par certains acteurs au milieu des années 1970, de rattacher les associations assurant la gestion des biens au secteur psychiatrique, ne sera jamais discutée dans les instances nationales. Ce faisant, c'est une dimension sociale de la deshospitalisation psychiatrique qui est mise en œuvre en dehors de toute perspective thérapeutique (Eyraud 2013).

L'autonomisation du handicap

Parallèlement, les années 1970 sont aussi marquées par l'organisation législative d'une politique générale envers les personnes handicapées. En créant les Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) et en généralisant une prestation de compensation pour les personnes handicapées, l'Allocation Adulte Handicapée (AAH) la loi d'orientation du 30 juin 1975 rend possible une autonomisation de la prise en charge des handicaps consécutifs à une maladie mentale. Jusqu'alors, les dimensions sociales de la maladie étaient prises en charge par les psychiatres qui avaient développées de nombreuses expériences en lien avec les hôpitaux psychiatriques (Henckes 2009). Si les psychiatres se montrent réticents envers cette loi de 1975, la plupart d'entre eux l'utilisent en justifiant des demandes d'AAH ou des orientations vers des associations adaptées. Ce faisant, ce sont l'activité professionnelle et les ressources financières des malades qui échappent au cadre hospitalier autant qu'à l'organisation du secteur psychiatrique. A Lyon par exemple, l'association spécifique créée pour favoriser l'insertion professionnelle, Messidor, n'est pas sous la responsabilité d'un psychiatre (Verry, 1995). D'une manière générale, les liens avec le « monde ordinaire du travail » sont difficiles et vont bientôt se spécialiser en dehors du secteur.

La déspécification administrative : du lieu de vie au lieu de soin

La loi du 31 décembre 1970 a limité la mission des établissements hospitaliers aux activités sanitaires tandis que la circulaire du 24 septembre 1971 conduit à la création d'unités de soin spécifiques destinées au « long séjour ». En 1975, une loi instaure la distinction entre établissements sanitaires et établissements sociaux et médico-sociaux. Elle clôt un processus de séparation entre les hôpitaux, dont la vocation est thérapeutique et les autres lieux d'hébergement et de prise en charge, qui s'est engagé depuis quelques années d'un point de vue institutionnel et organisationnel.

Au cours de ce processus, les hôpitaux psychiatriques deviennent des établissements sanitaires ordinaires. Cela rend possible l'introduction de nouveaux personnels de services hospitaliers, mais conduit aussi à l'interdiction du travail des malades. Cette réforme se traduit rapidement par le recrutement d'agents de service hospitalier pour assurer les différentes tâches ménagères jusqu'alors effectuées par les malades sous le contrôle et la responsabilité des infirmiers. Au Vinatier, le ménage de l'hôpital est assuré par les malades en 1968. En 1975, plus de 150 agents de services hospitaliers interviennent dans les services, remplaçant les malades qui ne sont dès lors plus exploités – comme le dénonçaient les critiques de l'asile –, mais qui ne bénéficient plus du pécule qui leur était réservé.

A côté de l'introduction de nouveaux métiers au bas de l'échelle, en remplacement du travail des malades, se développent également les postes en haut de l'échelle, traduisant une plus grande spécialisation de l'activité de soin. Le nombre de psychiatres, assistants, et internes augmente très fortement, ce qui conduit à une hausse du nombre de prescripteurs de médicaments et à une hausse corrélative des prescriptions. Ainsi, le nombre de personnel en services hospitaliers augmente considérablement, leur nombre doublant entre le milieu des années 60 et la fin des années 70 : le ratio entre le nombre de malades hospitalisés et le personnel salarié de l'hôpital passe de 0,6 à plus de 1 ; le nombre de salariés dépassant le nombre de malades présents un jour donné pour la première fois au cours de l'année 75. En revanche, le personnel participant à l'organisation de l'hôpital comme lieu de vie a tendance à baisser : le nombre de professionnels encadrant le travail des malades baisse ou stagne, ainsi que le nombre de salariés de l'exploitation agricole¹².

¹² Ces transformations dans l'organisation sont visibles dans le budget de l'hôpital. Alors que les

Ainsi, les activités thérapeutiques et les activités économiques ainsi que leur articulation ont été profondément réorganisées au début des années 1970¹³. Ce changement est accentué par la baisse très conséquente des durées de séjours. La disparition des « habitués », la fin du travail des malades conduisent à constater qu'effectivement l'hôpital psychiatrique est passé d'un lieu de vie à un lieu de soin. Ce déplacement traduit une transformation profonde de la dimension institutionnelle de la psychiatrie. L'effritement progressif de l'organisation spécifique de la vie à l'hôpital, dont la prétention thérapeutique était forte, et l'organisation d'une prise en charge extra-hospitalière hors du secteur psychiatrique, ne relèvent pas tant d'une décision thérapeutique que d'impératifs de gestion.

2.2 La gestionnarisation du soin psychiatrique

Ce délitement de la loi de 1838 et la déspecification administrative de la psychiatrie au sein de l'administration de la santé va conduire à la mise en avant du souci de gestion (Benamouzig, 2005).

A la suite des lois hospitalières de 1970, le ministère promeut des modes d'organisation commun aux hôpitaux généraux et aux hôpitaux spécialisés. Dès 1972, une circulaire interne du ministère de la santé préconise la création de cellules de gestion spécifiques qui doivent élaborer « des tableaux de bord », mettre en place « un système de contrôle afin de rechercher les facteurs explicatifs des écarts constatés entre fourchettes indicatives et résultats observées » et mener des « analyses fonctionnelles » par secteur, et « sensibiliser le corps médical aux problèmes de gestion ». À partir de la fin des années 1970, c'est le souci de la maîtrise des dépenses qui devient l'orientation politique principale dans le domaine de la santé, souci porté par la possibilité d'améliorer la gestion des dépenses sans affecter la qualité du soin. Le souci de maîtrise de dépense de santé et de rationalisation des choix budgétaires sont introduits dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques en deux étapes.

Le rapprochement par l'introduction de l'informatique

Dans une première étape, de nouveaux outils de gestion sont proposés puis imposés, afin de réorganiser la gestion administrative des établissements.

L'introduction du matériel informatique constitue symboliquement le point de départ de cette évolution et du rapprochement entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. Dans la région lyonnaise, ce sont en effet les hôpitaux généraux, en l'occurrence les hospices civils de Lyon qui se sont dotés en premier de l'outil informatique et ont été à l'initiative de la création du Centre Régional d'Informatique Hospitalière au milieu des années 60. A partir du 1^{er} janvier 1969, l'hôpital du Vinatier sous-traite aux HCL la paie du personnel et la facturation des frais de séjour, et des frais de consultation, le conseil de surveillance se réjouissant alors que l'introduction de cet outil permette « de connaître facilement le nombre de journées d'hospitalisation par secteur ».

Au début des années 80, une autonomisation de la gestion est introduite dans l'organisation de l'hôpital. C'est au printemps 1982 qu'une « cellule d'analyse de gestion » est décidée par le

dépenses des services médicaux représentent moins de la moitié des dépenses totales au milieu des années 60, elles représentent plus de 60% des dépenses totales au milieu des années 70.

¹³ Les médecins entrevoient cette dimension en 1968 quand ils lient dans un même mouvement critique portant sur le fonctionnement économique de l'hôpital, le financement en prix de journée de l'hôpital, et l'exploitation que représente le « travail des malades ». Ils ne s'aperçoivent cependant pas de l'importance de la loi de 1968, qu'ils n'évoquent alors même pas dans leur rapport.

conseil d'administration de l'hôpital, précédant de quelques mois la circulaire 16 du ministère de la solidarité du 18 novembre 1982 qui préconise la création d'une direction du système d'information et d'organisation dans les hôpitaux.

La création de cette cellule est le point de départ symbolique d'un droit de regard nouveau des gestionnaires sur les pratiques médicales, ce dont les médecins de l'hôpital prennent conscience rapidement, critiquant le fait que le « le partage des rôles, gestion administrative et organisation des soins psychiatriques s'estompé au profit d'une surveillance administrative court-circuitant la responsabilité médicale ».¹⁴

Le budget global, la sécurité sociale et la globalisation de l'intra et de l'extra

De fait, à la suite de la mise en place de nouveaux outils de gestion, une réorganisation plus profonde se produit avec l'instauration d'un financement par le budget global suite à la loi du 19 janvier 1983 et à son décret d'application du 11 août¹⁵, qui marque le début de la seconde étape conduisant à favoriser une prise en compte du souci gestionnaire au sein même de l'activité médicale. La mise en place de ce nouveau mode de financement a pour conséquence d'élargir encore le pouvoir de la sécurité sociale¹⁶. Le décret du 28 novembre 1984 autorise les médecins conseils de la sécurité sociale à contrôler les séjours hospitaliers en consultant les dossiers des malades, en rencontrant les patients. La caisse régionale d'assurance maladie est amenée à donner un avis sur le budget, et devient ainsi « une seconde tutelle de l'hôpital »¹⁷. Elle mène des opérations de contrôle afin d'évaluer « l'adéquation ou l'inadéquation du séjour des malades hospitalisés », entraînant notamment des débats autour de la présence de personnes âgées et d'adultes ayant une arriération mentale profonde.

Dans le champ de la psychiatrie, la mise en place de ce nouveau financement a une répercussion plus forte encore que dans le reste de la médecine. Elle conduit en effet à une seconde globalisation du budget, celle relative à la réunion des budgets de l'intra et de l'extrahospitalier avec la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. Les secteurs, jusqu'alors administrés par l'autorité départementale, passent, par décision politique, sous l'administration budgétaire des établissements et sous le financement par dotation par l'assurance maladie.

¹⁴ Commission médicale consultative du 22 octobre 1984

¹⁵ À partir du milieu des années 1970 se développe une critique forte du mode de financement des hôpitaux qui repose depuis plusieurs décennies sur la fixation d'un prix de journée révisable régulièrement par les autorités administratives en fonction des demandes des établissements. Dans un tel système, les établissements ont intérêt à disposer du plus grand nombre de lits et à garder les patients hospitalisés le plus longtemps possible pour bénéficier d'un financement plus important. Afin de lutter contre ces effets inflationnistes, le financement par le budget global est instauré en 1983.

¹⁶ Les travaux qui analysent la montée de la gestionnarisation dans les politiques de santé insistent le plus souvent sur l'importance de la loi hospitalière du 3 juillet 1991 qui oblige les établissements à rendre compte de leur activité et qui promeut pour cela l'implication des médecins en leur donnant la responsabilité des départements d'information médicale. (Ogien, 2000 ; Lenay et Moisdon, 2003). Une autre lecture de l'introduction du souci gestionnaire au sein même de l'activité médicale peut être proposée en insistant sur le rôle de la sécurité sociale dans la diffusion de cet impératif (Palier, 2005).

¹⁷ Rapport médical 1984

2.3 De la maîtrise des dépenses de santé à la tarification à l'activité, la psychiatrie déspecifiée

Mesurer l'activité ambulatoire

La Caisse nationale d'assurance-maladie voudrait cependant pouvoir mesurer les soins ambulatoires qu'elle prend en charge. Pour répondre à cette demande, il est demandé aux établissements psychiatriques de mettre en place une fiche par patient qui doit faciliter la constitution du recueil standardisé de sortie (RSS). Cependant, les caractéristiques de l'exercice de la psychiatrie, qui associe un grand nombre de structures aux fonctionnements divers à une équipe rassemblant différents professionnels aux modes d'intervention variés, rendent la mise en œuvre difficile. Dès 1986, la direction générale de la santé se montre prudente : « [...] du fait de la complexité et de la multiplicité d'une part, des actions menées pour un même patient qui peuvent nécessiter la participation de toute une équipe et, d'autre part, des actions non liées directement au patient, une simple comptabilité des actes ne saurait bien rendre compte de cette activité. C'est ainsi que dans le souci de mesurer le service rendu à la population, il apparaît impératif dans un premier temps de comptabiliser très précisément le nombre de malades suivis dans l'année par l'équipe de secteur et d'étudier globalement les modes de prise en charge des patients. »¹⁸. La fiche par patient et la statistique annuelle d'activité (SAE) constitueront cependant pendant les vingt ans qui suivent l'outil de description de l'activité en psychiatrie.

A la même époque, la Direction des Hôpitaux ouvre la réflexion sur l'extension à la psychiatrie du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)¹⁹, mis en place dans les hôpitaux généraux pour les courts séjours (médecine, chirurgie, obstétrique). Ce recueil a vocation à aboutir à une tarification à l'activité, ce qui suppose notamment d'établir un coût par pathologie. Pour cela, une description fine de l'activité en psychiatrie est nécessaire. Le processus sera long et heurté, le PMSI n'étant finalement généralisé en psychiatrie qu'en 2006, sans être encore associé à une tarification à l'activité²⁰.

L'évaluation de l'activité dans le champ psychiatrique pose deux principales difficultés qui ont des conséquences en termes de financement des soins. La première est la distinction historique du financement du soin entre les hospitalisations, qui sont traditionnellement facturées, et les activités de soin réalisées dans les structures extrahospitalières qui ne sont pas facturées aux patients au motif qu'elles relèvent d'une politique de prévention²¹. La décision politique qui impose finalement la prise en charge de l'activité extrahospitalière par la Sécurité sociale en 1986 ouvre également à la demande de mesurer précisément cette activité. Or, et c'est la seconde difficulté, les caractéristiques de l'exercice de la psychiatrie, qui associe un grand nombre de structures aux fonctionnements divers à une équipe rassemblant

¹⁸ Lettre circulaire n° 552 de la DGS – 7 mai 1986

¹⁹ Circulaire DGS/DH du 11 avril 1990 relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie

²⁰ Ce mode de financement, qui fonde l'allocation des ressources aux établissements de santé sur la nature et le volume de l'activité réalisée, concerne uniquement les hôpitaux dits de « MCO » pour médecine-chirurgie-obstétrique

²¹ Si, pendant les années 1950 et 1960, la Sécurité sociale a accepté de participer au financement d'actions expérimentales relevant à la fois de l'hospitalisation, du soin ambulatoire, de la consultation psychothérapique, elle devient très réticente à partir des années 1970 à financer des actes ou des journées qui ne relèvent pas de la nomenclature générale des actes professionnels. Le financement des consultations psychanalytiques privées est âprement discuté pour être finalement accepté au début des années 1970, mais leur prise en charge au titre de l'activité hospitalière est en revanche rejetée.

différents professionnels aux modes d'intervention variés, rendent la mise en œuvre difficile.

La difficile défense d'une spécificité psychiatrique

Les difficultés rencontrées pour rendre compte de manière satisfaisante de l'activité en psychiatrie et les choix de recueil qui seront finalement effectués révèlent, selon nous, l'impossibilité de redéployer la prise en charge globale en dehors de l'hôpital.

Ces réticences à l'introduction des nouvelles règles de gestion et de financement dans les hôpitaux psychiatriques sont anciennes. Au Vinatier, dès le début des années 70, le directeur exprime sa méfiance au regard des indicateurs d'activités²². . Au moment de la création d'une cellule spécifique en 1982, le directeur rapporte que les outils de gestion à disposition ne prennent en compte que de « manière imparfaite la spécificité psychiatrique de l'hôpital » et mentionne trois exemples : l'application de la loi de 1838, le développement de la politique de secteur, et la gestion des biens des malades. De manière plus générale, ces difficultés conduisent à la préservation d'une certaine spécificité de la psychiatrie dans les outils de gestion, un PMSI spécifique à la psychiatrie, dont les modalités d'utilisation pour une tarification à l'activité sont encore en discussion, étant ainsi mis en place (Dembinski et Belart, 2011).

Dans les réflexions et expérimentations qui précèdent la généralisation du PMSI, la préoccupation de faire apparaître cette spécificité se soldera par l'adoption d'un recueil des actes calqué sur le modèle du PMSI mis en place dans les hôpitaux MCO. Ainsi, des deux hypothèses explorées par les groupes techniques entre 1995 et 2000, aucune ne sera finalement retenue. L'une cherche à identifier des trajectoires de soin comprenant divers types de prise en charge, en s'appuyant sur la fiche par patient. Elle sera abandonnée au profit d'une approche distinguant de façon discrète les actes de soin, qui constituera la base de la classification médico-économique. L'expérimentation de cette seconde approche, entre 2001 et 2005, recueille l'activité à la semaine pour les prises en charge à temps plein et à temps partiel, à l'acte pour les prises en charge externe, et à l'action pour les « actions pour la communauté ». Ce dernier indicateur visait à rendre compte de l'activité de prévention et de réseau des professionnels en extra-hospitalier notamment²³. Il sera finalement abandonné dans la version finale, le Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-psy)²⁴, pour ne laisser place dans l'extra-hospitalier qu'à des actes associés à un patient (EDGAR). L'architecture finalement retenue dans le RIM-psy découpe l'activité selon la nature de l'acte (hospitalisation complète et à temps partiel, actes ambulatoires) couplée à un lieu d'intervention. Tous les actes ambulatoires réalisés au sein de l'établissement sont ainsi nécessairement rattachés à un centre médico-psychologique. Les multiples structures extra-hospitalières où sont réalisées des interventions de natures diverses, visant à proposer une

²² « C'est le moment, croyons-nous, d'attirer l'attention sur la valeur relative des chiffres fournis par les différentes statistiques qui nous sont demandées, concernant tant notre activité hospitalière qu'extra-hospitalière. Cette réserve est d'autant plus impérative que les organismes gestionnaires ou les tiers payant sont de plus en plus, et légitimement soucieux, de la bonne utilisation des fonds qui nous sont versés par l'intermédiaire des prix de journée. » (rapport d'activités 1974)

²³ Il s'agit des interventions auprès de l'environnement, du travail partenarial – activités de prévention, d'information ou de soutien d'équipes effectuées au bénéfice d'une institution ou d'une population particulière.

²⁴ Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement

gestion souple des crises et à rechercher des alternatives à l'hospitalisation, voient leur activité recueillie soit comme une hospitalisation partielle, soit comme des actes ambulatoires qui apparaîtront alors sous la rubrique d'un CMP.

En vingt ans et malgré les réticences fortes du corps médical, une nouvelle logique fondée sur une évaluation des soins par la comparaison économique de leur coût et de leurs résultats s'est profondément imposée dans l'organisation des politiques de santé [Contandriopoulos, 2004, Ogien, 2009]. Le processus de rapprochement des hôpitaux psychiatriques du régime hospitalier commun a conduit à ce que ceux-ci soient directement concernés par le développement de ces nouveaux principes d'évaluation du soin. Les difficultés et les résistances rencontrées en psychiatrie ont eu pour conséquence un décalage temporel important. La mise en place d'un PSMI spécifique à la psychiatrie a pris près de quinze ans et les hôpitaux psychiatriques sont encore financés par le budget global. Cependant, la tentative de définir un mode propre de description de l'activité qui rende compte de la spécificité de la mission du dispositif de soins psychiatriques a fait long feu. Ce sont des actes de soins qui sont recueillis, et la prise en compte de la dimension de prévention n'apparaît plus aujourd'hui que sous la forme d'une pondération du financement qui dépende des caractéristiques géoéconomiques des populations desservies et des missions d'intérêt général assurées par les établissements de soin en psychiatrie²⁵.

Conclusion

Cet article s'est interrogé sur le sens de la « désinstitutionnalisation » de la psychiatrie dans le contexte français. En contraste avec les évolutions dans d'autres pays européens ou américains, les acteurs de la psychiatrie française se sont fortement impliqués dans la dynamique de réforme au lendemain de la seconde guerre mondiale et ont été les artisans d'une politique, la sectorisation, qui visait à répondre aux critiques de l'asile par le redéploiement de la thérapeutique psychiatrique en dehors des murs et des règles juridiques spécifiques encadrant l'hospitalisation.

Nous avons montré que cette ambition ne s'est pas traduite par une réforme institutionnelle portée par une révision dédiée des règles de droit. La réforme psychiatrique n'a pas conduit à une déspecification complète des règles d'admission à ce type de soin, elle s'est en revanche traduite par l'intégration des outils de gestion des politiques de santé, et par une tendance à la réduction du mandat psychiatrique à une activité de soin ordinaire. Le changement de statut des hôpitaux psychiatriques rejoignant le droit commun hospitalier, la diffusion de nouveaux métiers au sein des équipes psychiatriques, le souci de contrôle des dépenses et les nouvelles manières de rendre compte de l'activité qu'il a en partie introduites, conduisent à constater que l'organisation de la pratique psychiatrique ne repose plus tant sur une spécificité thérapeutique encadrée par des règles de droits particulières que sur un souci de bonne gestion de l'offre de soins en santé mentale.

²⁵ En 2004, dans un document de travail, plusieurs acteurs du champ de la psychiatrie défendent le maintien d'un financement partiel par dotation par le fait qu'il introduit une « équité républicaine d'accès aux soins pour les populations et renvoie aux missions de secteur en psychiatrie, missions de soins, de prévention et de réinsertion articulées sur le concept de population à prendre en charge. » Fédération hospitalière de France, FNAP-Psy, UNAFAM, Conférence des présidents de CME, Association des Établissements gérant des secteurs de Santé Mentale, 2004. [En ligne] : <[http://www.ch-le-vinatier.com/cme-psy/VAP % 20succinte- dec04.pdf](http://www.ch-le-vinatier.com/cme-psy/VAP%20succinte-dec04.pdf)>

Amourous Charles, Blanc Alain, *Erving Goffman et les institutions totales*, L'Harmattan, Paris, 2002

Ayme, Jean. (1985). « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », in *Actualités de la psychothérapie institutionnelle*, Vigneux : Matrices.

Basaglia Franco. (1970), *L'institution en négation*, Seuil

Belart Claire, Dembinski Olivier (2011), « Les outils de gestion en psychiatrie : la mise en œuvre du RIM-P », *Sociologie santé*, n°34.

Benamouzig Daniel (2005), *La santé au miroir de l'économie*, PUF

Busfields Joan (1986), *Managing Madness: Changing Ideas and Practice*, London: Hutchinson

Castel Robert (1976), *L'Ordre psychiatrique*, Paris, Minuit.

Castoriadis Cornélius (1975), *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil

Chapireau François (2004), "Trajectoire des personnes hospitalisées durablement en psychiatrie", *L'Information Psychiatrique*, volume 80, n°10.

Eyraud Benoît, *Protéger et rendre capable. La considération civile et sociale des personnes très vulnérables*, Erès, 2013

Eyraud Benoît, Henckes Nicolas, « Entre psychiatrie, travail social, et droit civil, les régulations de la protection de la personne au tournant des années 1968 », *Le Mouvement social*, n°242, 1, 2013

Eyraud Benoît, Moreau Delphine, « De l'asile de Bron aux nouvelles unités sécurisées de l'hôpital du Vinatier : les variations des régulations de l'enfermement psychiatrique », *Cultures et conflits* n°90, été 2013

Foucault Michel (1972), *Histoire de la Folie à l'Âge Classique*, Paris, Gallimard

Gauchet Marcel et Swain Gladys (1980), *La Pratique de l'esprit humain*, Paris, Gallimard.

Goffman Erving (1968), *Asiles*, Editions de Minuit

Georges Marie-Claude et Tourne Yvette, *Le secteur psychiatrique*, PUF, 1994

Henckes Nicolas (2005), *Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur*, Paris : rapport Cermes, convention Mire.

Henckes Nicolas (2007). *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse de sociologie, Paris : Ecole des hautes études en sciences sociales.

Henckes Nicolas (2009), "Les psychiatres et le handicap psychique. De l'après-guerre aux années 1980", *Revue française des affaires sociales*, n°1-2

Henckes Nicolas (2011), « Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century : a

framework for analysis », *History of Psychiatry*, 22, 2, June

Hochman Jacques, Galle-Tessonneau, Guyotat Jean (1969). « Interventions psychiatriques au niveau d'immeubles », *Confrontations psychiatriques*, n°4.

Hof Georges, 1976, *Je ne serai plus psychiatre*, Stock

Kovess Viviane (1993), Les groupes homogènes de malades : l'expérience américaine, *Perspectives psychiatriques*, n° 36

Lenay Olivier, Moisdon Jean-Claude (2003), « Du système d'information médicalisé à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », *Revue française de gestion*

Lourau René (1970). *L'analyse institutionnelle*, Paris : Les Editions de Minuit

Missa Jean-Noël. (2006), *Naissance de la psychiatrie biologique*, Paris, PUF

Ogien Albert (2000), « Médecine, santé et gestion. Le travail de l'information médicale », in Geneviève Cresson et François-Xavier Schweyer (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éd. de l'ENSP

Palier Bruno (2005), *Gouverner la Sécurité sociale : les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*. PUF.

Prior Lindsay (1993), *The social organization of mental illness*. London and Newbury Park; CA: 1993

Quetel Claude (2009), *Histoire de la folie*, Taillandier

Rhenter Pauline (2004), *De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politique de santé mentale en France (1945-2003)*, thèse de sciences politiques de l'Université Lyon 2.

Swain Gladys (1994), *Dialogue avec l'insensé*, préface de Gauchet Marcel Paris, Gallimard

Velpry Livia (2008), *Le quotidien de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin

Verry Vincent (1995). *L'archipel asilaire*, Genève : Edition des deux continents

Von Buelzingsloewen Isabelle (2007). *L'hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris : Aubier